NO **4112** レジメン名 **Pmab-mFOLFOX6**

病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名
				～	

年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ値)
歳	cm	kg	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】Colon K　Pmab/I－LV/I－OHP/5FU

1・パニツムマブ	6 mg/kg	DAY1	
2・レボホリナート	200 mg/㎡	DAY1	
3・オキサリプラチン	85 mg/㎡	DAY1	
4・ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ Bolus	400 mg/㎡	DAY1	
5・ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ 持続	2400 mg/㎡	DAY1	

★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要

14日(2週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–
–	–	–
Ccr60-40-20(50-35-25%)		
30～	–	禁5.1
30～	–	禁5.1

WBC基準	HGB基準	PLT基準
3000	–	100000

【病状】
1 全て説明している
2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない
3 未告知である

【治療】
1 抗癌剤による治療・予防と説明
2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明
3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明
4 薬に関しては説明していない

平成22年4月26日 登録

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	ベクティビックス( )mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL	1時間で点滴 (1000mg以上は90分)
②	生食50mL		1 本		ベクティビックス終了後～ 10分で点滴
③	パロノセトロンバック		1 本		全開で点滴
④	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★生食50mL	主・15分で点滴
⑤	レボホリナート ( )mg	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	生食フラッシュ後～ 側・2時間で点滴
⑥	オキサリプラチン( )mg	100mg 50mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	生食ﾌﾗｯｼｭ後～ 主・2時間で点滴
⑦	ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ Bolus( )mg	1000mg 250mg	本 本	★5%ブドウ糖50mL	レボホリナート終了後～ 側・全開で投与
⑧	ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ 持続( )mg	1000mg 250mg	本 本	生食で全量120mLに調整(2.5mL×46h)	ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ Bolus終了後～ 主・46時間で持続点滴 ｼｭｱﾋｭｰｻﾞｰポンプ使用！！

【医師注意点;投与可能条件】
□FOLFIRI(No.445)とパニツムマブ単剤(No.473)の注意事項を参照してください。

【看護師注意点】
□ ベクティビックスは強く振らない・インラインフィルター付輸液セット(PVCフリー)を使用する
□ インフュージョン・リアクション発症時は一旦投与を中止し、速やかに主治医へ報告する

202201改訂

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①②③④⑤⑥⑦⑧ DAY1									